SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 12 y 14 minutos)

En nombre de la Comisión, damos la bienvenida a los representantes del Centro Internacional de Investigación de la Universidad para la Paz. Fueron convocados a los efectos de continuar analizando el proyecto de ley de salud reproductiva que, por otra parte, hace un tiempo bastante prolongado está a estudio de esta Comisión.

Nos han informado que este organismo ha realizado un estudio muy profundo -tal vez sea el único que de manera organizada y formal tenga el país- acerca de la problemática del aborto y sus derivaciones.

SEÑOR DOMINGUEZ.- Me llamo Roberto Domínguez y soy representante regional de la Universidad para la Paz. En Montevideo, en el marco de nuestros estudios sobre visibilidad de violencia venimos desarrollando lo que es la problemática del aborto. En particular, el equipo que me acompaña en la mañana de hoy está integrado por los señores Rafael Sanseviero y Américo Migliónico y las señoras Rosana Rostagnol y Mónica Guchín, y ha realizado una investigación de campo muy de fondo sobre este tema.

Nos ha parecido que sería interesante que los señores Senadores conozcan algunos aspectos de esta investigación. Quisiéramos informarles que dicha investigación será publicada en formato libro y se presentará el 11 de noviembre. Adelanto que estará al alcance de todos los que estén interesados en la problemática.

Pensamos que en el marco del debate que están teniendo en esta rama parlamentaria, algunas de las cosas que hemos encontrado en esta investigación podrían ser de su interés.

Ahora, preferiría que el equipo de investigación sea el que presente los resultados obtenidos en dicho proyecto.

SEÑOR SANSEVIERO.- En primer lugar, quiero informar que estuve a cargo de la investigación. Hemos presentado los resultados de dicho trabajo por escrito. Entonces, simplemente haré algunos comentarios ampliatorios a los efectos de poder habilitar a los miembros de la Comisión para que, en caso de que les surjan dudas, puedan plantear preguntas tomando como base la información que intentaremos brindar.

Quisiera empezar haciendo una precisión en cuanto al contenido y al alcance de la investigación que, como se ha dicho, va a conocerse públicamente a través de un libro llamado "Condena, tolerancia y negación del aborto en el Uruguay". Intentamos resumir en la presentación lo que ha sido el principal hallazgo de nuestro trabajo.

Se trata de un trabajo que se ha desarrollado en los niveles cuantitativo y cualitativo, y que ha tenido por objeto producir y aportar un nuevo nivel de conocimiento sobre un tema que, como todos conocemos, entra y sale periódicamente de la agenda del debate nacional. Durante décadas ha ingresado como proyecto de ley, como preocupación epidemiológica, como hecho político, como debate jurídico, ético y filosófico, y sobre él hay una afirmación que, en los hechos, ocluye la posibilidad de llegar a un nivel de consenso o de acuerdo, principalmente a nivel político. Estoy hablando de la ignorancia sobre cuál es la incidencia del aborto en el Uruguay, esto es, cuántos abortos se producen y qué significado tienen para la vida de la comunidad como un todo y para la vida de las personas en particular.

Estos son, pues, los dos ejes sobre los que se desarrolló nuestro trabajo y acerca de lo que versa el material que, como decía el señor Domínguez, el día 11de noviembre será presentado públicamente bajo la forma de un libro.

Trabajamos fundamentalmente en base a dos tipos de fuentes: indirectas y directas. Las fuentes indirectas -algunos de mis compañeros, como Mónica Guchín y Américo Migliónico, trabajaron específicamente en la estimación cuantitativa de la incidencia del aborto en el Uruguay- fueron recabadas fundamentalmente de datos oficiales. Trabajamos con registros del Ministerio de Salud Pública, con egresos hospitalarios de Salud Pública, con legrados de algunas de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, y también sobre la base de las estimaciones y de las evaluaciones de muerte materna por esta causa, con el censo de fecundidad y sobre el certificado del nacido vivo. Asimismo, trabajamos con fuentes directas, como clínicas en las que se practican abortos; concretamente, accedimos a 18 de todo el país. También nos vinculamos con algunos integrantes de redes, de los que vulgarmente se denominan "acarreadores", es decir, personas que facilitan el acceso a estas clínicas a mujeres que necesitan abortar, así como con 23 médicos, fundamentalmente de servicios públicos aunque, como todos sabemos, los médicos asisten también en servicios privados. Pero lo que nos interesó fundamentalmente fue conocer la experiencia de los médicos, en muchos casos, de los que atienden emergencias y, en otros, de los que trabajan en servicios gineco-obstétricos de Salud Pública, así como de administradores y directores de centros departamentales de atención de Salud Pública. En general, abarcamos un espectro amplio de centros y servicios en el país, especialmente en Montevideo y en lo que en nuestra investigación se define como la frontera, es decir, la zona limítrofe de Uruguay con Brasil, así como en el departamento de Salto. Esta distinción obedece a que a lo largo del proceso de investigación fuimos encontrando diferencias sustantivas entre las prácticas del aborto en la zona de Montevideo y los departamentos al sur del Río Negro, y lo que sucede en la frontera.

Trabajamos con mujeres que habían pasado por la experiencia del aborto. En tal sentido, accedimos a doce experiencias de ese tipo: diez de ellas en forma directa, es decir, de mujeres que lo habían protagonizado, y dos que correspondían a mujeres que habían fallecido como resultado de esta intervención, por lo que entrevistamos a sus familiares, a su entorno de amigos, a médicos que las habían atendido, etcétera, en un total de 16 personas.

Por gentileza de la Suprema Corte de Justicia, accedimos a expedientes judiciales radicados en diferentes Juzgados Penales donde nos brindaron una amplia colaboración que nos permitió leer los expedientes y entrevistar a los Jueces y a los funcionarios

del Juzgado que habían estado vinculados con la investigación.

Visitamos en la cárcel a algunos practicantes de aborto procesados y trabajamos también con algunos funcionarios policiales, especialmente de Interpol, que habían estado afectados a investigaciones de este tipo.

Por último, trabajamos con organizaciones feministas y con algunas Organizaciones No Gubernamentales vinculadas indirectamente con esta temática. Inclusive, tuvimos que llegar hasta la República Argentina y, especialmente, a Brasil. En este último caso, accedimos a clínicas de ciudades ubicadas en la frontera con nuestro país y a hospitales fronterizos a los que acuden mujeres uruguayas con intención de abortar o para realizarse tratamientos post aborto.

Las entrevistas fueron personales y grupales, especialmente en el entorno de algunas mujeres que habían fallecido y de los médicos. En el origen de la investigación tuvimos, además, una muy rica entrevista colectiva con un grupo de médicos del centro hospitalario Pereyra Rossell.

El método de desarrollo de la investigación fue por saturación, es decir, efectuar la entrevista hasta el momento en que el nivel de respuesta que obteníamos nos demostraba que ya no se podía avanzar más o que ya no se podía incorporar nueva información, en virtud de que se repetía el relato aportado por otros.

Quiero agregar que en la mayoría de los casos nos fue posible cruzar la información, o sea que entrevistamos a un practicante de aborto y también a mujeres que se habían hecho abortos con él, así como a los médicos que habían atendido a algunas de ellas. En consecuencia, la consistencia de la información recibida es para nosotros importante.

En relación al primero de los cinco puntos que figuran en el resumen escrito que hemos puesto a disposición de la Comisión, y en lo que tiene que ver con la estimación de la incidencia del aborto en el Uruguay, diré que antes de iniciar nuestro propio trabajo de estimación recurrimos a muchas experiencias internacionales, entre las cuales seleccionamos -y en ella trabajamos durante muchos meses- la que desarrolla el Alan Guttmacher Institute, que ha llevado a cabo investigaciones de este tipo sobre todo en América Latina.

El intento por desarrollar esos modelos nos llevó a resultados que terminaban siendo absurdos en cuanto al significado que tenían. Vimos que esas metodologías no daban cuenta de la realidad que nosotros, por otro lado, estábamos percibiendo empíricamente a lo largo de nuestro trabajo de campo. Sobre todo, eran incontrastables con algunos datos.

Cuando uno habla de 200.000 abortos en el Uruguay, se está manejando un nivel de incidencia de esta práctica que nos indicaría que la actividad reproductiva de las mujeres en nuestro país sería prácticamente la única a la que se dedicarían, porque es imposible imputar que existan 200.000 abortos más los nacimientos. De manera que descartamos la utilización de ese método a partir de desarrollarlo, y no de evaluar teóricamente que no servía.

En ese contexto fue que percibimos que era muy valioso hacer un cruce entre lo cualitativo y lo cuantitativo y, el principal hallazgo, fue descubrir en primer lugar, que no hay una sola forma de práctica del aborto en Uruguay, sino que existe una diversidad de procedimientos y de formas. Por lo tanto, intentar captarlo a través, por ejemplo, sólo de los egresos hospitalarios y proyectarlo en una cifra como la que se construye por el método Alan Guttmacher Institute, no nos resolvía el problema. En ese sentido, definimos una estrategia orientada en tres direcciones que consistía en estimar los abortos que se realizan en el Uruguay a través del análisis de la capacidad de las mujeres de acceder a los distintos tipos de abortos, ya que el punto es que las mujeres masivamente acceden a ellos. Sobre esto, quiero precisar algunos aspectos.

En las estimaciones que se hacen en América Latina, se parte de la base de que la mayor parte de los abortos no se realizan en clínicas; en Uruguay sucede exactamente lo contrario: el 81 % de los abortos que hemos estimado se realizan a nivel de clínicas de distintas características y calidades y sólo el 19 % restante se lleva a cabo fuera de este circuito, es decir, a través de prácticas autogestionadas por las mujeres o en contexto de vecindades o vías de otra naturaleza. A partir de esto, definimos tres categorías de mujeres según su capacidad de acceso al aborto.

Por un lado, tenemos a las mujeres de escasos recursos económicos y de escaso capital social, es decir, las que no tienen acceso a las clínicas. Cuando hablamos de capital social, nos estamos refiriendo a la capacidad de una mujer, más allá de sus capacidades económicas reales, de interactuar con otras mujeres y con otros entornos de manera de poder acceder a un aborto. Este primer grupo está integrado, reitero entonces, por mujeres de escasos recursos económicos y de escaso capital social y, por lo tanto, no tienen acceso a ninguna clínica. Estos abortos los estimamos a partir de los egresos hospitalarios del sector público por causa de embarazo terminado en aborto, lo cual está definido en la Clasificación Nacional de Enfermedades en su décima revisión en la Categoría 0000 08. Para poder hacer esta estimación, contamos con una muestra expandida del 20 % de los egresos por estas causas en todos los hospitales, a partir de una muestra del Ministerio de Salud Pública, e imputamos el porcentaje de esos egresos sobre el total de nacimientos del sector público del país. Ese procedimiento nos dio que estas mujeres, que no acceden a las clínicas y cuyos abortos podemos registrar de esta manera, alcanzan a 4.289 en el interior del país y a 1.718 en Montevideo, llegando a un total estimado de 6.007 abortos anuales de mujeres que los realizarían fuera del circuito de las clínicas.

Para las mujeres del sector social medio del interior del país, es decir, para aquellas que cuentan con medios económicos para acceder a clínicas radicadas en sus lugares de residencia o próximas a ellos, contamos con información de diez clínicas del interior del país, referida a tipo de práctica que utilizaban para hacer el aborto, cuánto cobraban y al perfil de las usuarias, pero no teníamos -como disponíamos en otros casos- información circunstanciada o un registro importante de cuántas mujeres se atendían por semana, por mes o por año. Sin embargo, de una de estas clínicas que está ubicada en una capital departamental, sí teníamos un registro de actividades que abarca de julio de 1989 a diciembre de 2001, un perfil bastante preciso de las usuarias -es decir, del tipo de mujeres que concurrían a esa clínica- y el precio que les cobraban. Relacionamos entonces el promedio de abortos anuales de esa clínica con los nacimientos del departamento y expandimos esta relación al total de nacimientos del interior del país de todos los sectores. Esto nos da como resultado que en estas clínicas, mejor dicho, estas mujeres, se realizarían un total de 11.000

abortos anuales en el país. Para las mujeres de sector social medio y alto de Montevideo e interior, contando con información proveniente de ocho clínicas de Montevideo, para el período que consideramos 2000 - 2001, observamos que hay rangos diferentes. Nosotros contamos con información de algunas clínicas de Montevideo que abarca diez años, en algunos casos dos y en otros un año, pero el núcleo duro de información con que contábamos era prácticamente con relación a los años 1999 - 2001, por lo cual focalizamos el año 2000. Para estas ocho clínicas, por el nivel de desagregación con que contábamos, entre ellas se podía percibir que había un promedio de 75% de mujeres de Montevideo que iban a abortar en esas clínicas y un 35% que provenían de distintos departamentos del interior lo cual, en el cruce de las entrevistas con mujeres y con otras personas a las que accedimos, se fundamenta en el hecho de que muchas mujeres de sectores medio y medio alto del interior no recurren a las clínicas locales, sino que se trasladan a Montevideo en busca de un nivel de atención que le brinde mayores garantías y, además, privacidad.

Tomando los datos de estas clínicas llegamos a la conclusión de que en ellas se produciría un total estimado de 16.000 abortos anuales, lo cual nos da para el año considerado, año 2000, 33.000 abortos anuales como base. Digo como base porque en todo este trabajo hemos hecho un esfuerzo muy grande para no inflar las cifras y para no ceñirnos a números que pudieran ser consistentes desde todos los tratamientos que se le pueden hacer a este tipo de datos para lograr resultados consistentes.

Estos 33.000 abortos anuales, cifra que como se puede advertir está bastante por debajo de muchas que se han manejado históricamente en el país, significan en primer lugar una tasa de aborto del 38.5%, o sea, la proporción del número de abortos con respecto al total de nacimientos más abortos. Esto colocaría al Uruguay en un doceavo lugar en un ranking de ochenta y un países considerados en algunos estudios serios a nivel internacional. Esto también quiere decir que en el Uruguay, de cada diez concepciones cuatro se abortarían. Esto en lo que tiene que ver con una estimación.

Desde el punto de vista de un análisis que aborda al aborto como hecho social, como acontecimiento, ¿cómo sucede el aborto en la sociedad uruguaya? Una primera conclusión que arrojan las cifras, en primer lugar, es que la sociedad uruguaya sigue recurriendo al aborto como un medio para regular la fecundidad.

Esto ha sido estudiado a lo largo de décadas y parece resultar consistente con el mantenimiento del número de nacimientos estables y con las valoraciones que se han hecho con relación a la eficacia de la difusión de los métodos anticonceptivos en nuestro país, sobre lo cual ha habido críticas consistentes.

Por otra parte, quisiéramos destacar de nuestro trabajo un hecho que resulta evidente y es que cada aborto es un acto privado que protagoniza una mujer pero, al mismo tiempo, es un hecho social. Con esto queremos decir que la gestión del aborto ocurre en el contexto de un denso tramado social del que participan múltiples actores. O sea, no se trata de una situación aislada ni personal ni circunscripta a la vida de una persona, sino que está circunscripta en un conjunto de situaciones que se vinculan con otros ámbitos o campos de la vida social. Un aborto es el resultado de un embarazo no viable; dicho de otro modo, una mujer al estar embarazada encuentra que por algún motivo no puede continuar con el embarazo. En esta medida esa necesidad de abortar es el resultado de un embarazo en esas condiciones, más un conjunto de vulnerabilidades socialmente producidas.

En ese sentido, nuestro trabajo ha identificado tres niveles de vulnerabilidades.

Existe la vulnerabilidad individual que tiene que ver con el momento vital de la mujer, con los problemas familiares, emocionales, de salud u otros. En este sentido, resulta imposible hacer un inventario de las circunstancias que determinan que un embarazo es inviable.

Por otra parte, hay vulnerabilidad de naturaleza social que es aquella que se da en el contexto socioeconómico en el que la mujer está inscripta.

Y, finalmente, existe vulnerabilidad de tipo programática que tiene que ver con la existencia o no de programas y políticas públicas en relación con la salud reproductiva y sexual y, en particular, con la inaccesibilidad legal a interrupciones de embarazo.

Un tercer nivel, sobre el que nos pareció pertinente informar, es el de los procedimientos y las prácticas para abortar a que recurre la sociedad uruguaya. En este sentido, nosotros hemos relevado 22 tipos de procedimientos para interrumpir embarazos.

Básicamente, los abortos se gestionan sobre la base de dos ejes, líneas o caminos. En el primero, están los abortos medicalizados que son los que se producen en las clínicas y que, en general, ocurren por mediación de profesionales de la salud. Y, en el segundo, encontramos a los que hemos dado en llamar "saberes populares", que son los abortos a los que recurren las mujeres que no tienen acceso a los abortos medicalizados.

Como he dicho, el 81% de los abortos que hemos estimado se producen en el ámbito medicalizado, mientras que el 19% restante, se realiza mediante prácticas populares. Da la sensación de que en lo que se refiere a la medicalización de la vida colectiva -o sea, al peso de lo médico en la vida colectiva- y a la mercantilización de la medicina, la gestión social del aborto sigue otras tendencias generales de la sociedad uruguaya. Digo esto porque el aborto es un acto médico de naturaleza comercial, como lo son tantos otros servicios que existen y que son legales.

La práctica mayoritaria del aborto se presenta como un servicio médico, público e ilegal de gestión privada. En este sentido, todas las prácticas y procedimientos que hemos relevado, independientemente de que se gestionen en el ámbito medicalizado o como prácticas populares, representan experiencias de violencia material o simbólica y de abatimiento de derechos para aquellas mujeres que los protagonizan.

Un cuarto punto sobre el que queremos llamar la atención tiene que ver con lo que hemos definido como las transiciones entre la condena y la tolerancia del aborto. Hemos dicho que 33.000 abortos anuales estimados suponen un consenso social de hecho, que articula el nivel normativo y discursivo de condena -que es lo que predomina en la sociedad- con una práctica de la sociedad que lo tolera. Esto sucede en una trama social donde nosotros hemos identificado lo que llamamos espacios de deslizamiento entre la condena discursiva y la tolerancia práctica. En algunos casos, estos espacios son difusos; se trata de redes informales -muchas veces femeninas, aunque también participan hombres- donde circula la información sobre cómo, dónde y con quién abortar. En

otros casos, son entramados estables de intereses económicos vinculados a la práctica del aborto en tanto negocio médico. O sea que hay una zona

-que hemos identificado y sobre la que nuestra investigación da cuenta en forma pormenorizada- de un sistema de intereses.

Quiero recalcar que en nuestro trabajo y valoración hemos eludido todo juicio moral sobre quién hace qué cosas en esta situación, porque lo que nos parece más relevante es percibir o poner de manifiesto cómo la sociedad, como conjunto, convive con ella.

Nosotros hemos percibido -y esto es lo que ha dado título a nuestro libro- que la sociedad articula la condena y la discursiva con la tolerancia práctica a través de la negación o "invisibilización" del hecho. Esta es la forma en que se resuelve este nivel de conflicto fuerte que tiene una práctica masiva, articulada en una densa trama social de la que participan numerosos y calificados actores. Estamos pensando en el campo médico, en el policial; en fin, estamos pensando en lo que nos aportan, como reflexión y como conflicto de su práctica, los jueces que se enfrentan a una mujer que está acusada de haberse practicado un aborto.

Por último, tenemos un quinto nivel de análisis -que, finalmente, queremos aportar a esta Comisión- y es lo que definimos como los significados y las resignificaciones de la penalización del aborto.

Como todos sabemos, la caracterización del aborto como un acto criminal data de fines del Siglo XIX, con el breve interregno de legalidad de 1934-1938 que, por otra parte, fue bastante formal por una serie de situaciones que se dieron en ese período y que lo convirtieron en algo efectivo.

De acuerdo a informaciones que nosotros obtuvimos del Instituto Técnico Forense, los procesamientos por el delito de aborto en los años 2000 y 2001 fueron 16 en cada uno de ellos. Quiero aclarar que se trata de 16 procesamientos por delitos conexos con el aborto, porque los que se dieron en virtud del artículo 325 del Código Penal -que es el que establece que aquella mujer que produzca su aborto debe ser procesada- fueron menos. Esto supone que sólo el 0,04% del total de abortos estimados resultó punido.

Por otra parte, una serie de informaciones que también nos proporcionó el Instituto Técnico Forense relativas a los años 1989 a 1997 arrojan un promedio de 14 procesamientos anuales, lo que reafirma ese porcentaje de 0,04%.

Todo esto pone de manifiesto que la ley que penaliza el aborto ha caído en desuso, o sea que, desde el punto de vista de sus efectos en la población en el sentido de disuadir la práctica del aborto, no tiene resultado. Desde el punto de vista de la actuación de las instituciones del Estado que deben velar por el cumplimiento de esa ley, sucede exactamente lo mismo, o sea que da la sensación de que esas instituciones actúan en consonancia con el consenso social.

Sin embargo, sí tiene efectos en otro nivel -aspecto sobre el que no voy a extenderme mucho porque he tenido oportunidad de leer las versiones taquigráficas de otras comparecencias en esta Comisión, que han sido muy elocuentes en este sentido-, porque la ley tiene un gran efecto social, como producto inhibidor. O sea que la ley o el miedo a la incriminación determina que las mujeres realicen consultas tardías o no las hagan, lo cual tiene incidencia en el nivel epidemiológico y que médicos, especialmente de Salud Pública -sobre esto ha habido, en nuestra investigación, múltiples testimonios en todo el país-, se nieguen a atender a mujeres que demandan abortos o, en caso de que la mujer se presente con complicaciones derivadas de haberse practicado uno, se sientan en la obligación de denunciarlo, lo cual refuerza el miedo de la comunidad. Esto también lleva a que los practicantes de abortos rodeen su actividad profesional de precauciones, lo que refuerza los niveles de violencia -material y simbólica- en que esto ocurre y los riesgos en que se producen estas intervenciones.

Lo interesante es que todo esto se realiza con pleno desconocimiento, por parte de todos los actores, del hecho de que la mayor parte de los abortos que se practican podrían encontrarse comprendidos en los eximentes y atenuantes que establece el artículo 328 del Código Penal. Esto sucede con desconocimiento de que, tanto en los niveles legales administrativos como en los códigos de ética médica, no existe ningún elemento sustantivo que indique que los médicos deben actuar de acuerdo a la forma en que lo hacen. Esto sucede, además, en un país en donde, según nuestras estimaciones, se producen aproximadamente 33.000 abortos anuales, de los cuales se penaliza efectivamente el 0,04%. Y como decía algún médico jerarca del Centro Hospitalario Pereira Rossell, esto sucede como resultado del desconocimiento de la ley y de una tradición oral, porque cuando se reclamó en ese Hospital que se presentara la normativa que indicaba que era obligación de los médicos denunciar a estas mujeres, esa normativa no pudo ser hallada porque es una tradición oral, una recreación o una resignificación de lo que los niveles legales de nuestro país indican.

El Sindicato Médico del Uruguay, la Sociedad de Ginecotocología del Uruguay y la Facultad de Medicina han puesto de manifiesto, en forma elocuente, el significado epidemiológico de todo esto, cual es que el aborto es la principal causa de muerte materna en el país.

Básicamente, esto es lo que quería plantear como introducción al material que hemos traído.

SEÑORA XAVIER.- Quiero agradecer a la delegación que nos visita la información y las cifras que nos ha brindado, porque cuando uno está frente a la posibilidad de legislar y se encuentra con una escasez importante en materia de datos de la realidad -en números y en situaciones concretas-, esa tarea se hace bastante difícil. Todos suponemos esto, pero quienes estudiamos el tema también sabemos que se han manejado cifras entre 16.000 y 160.000, desde antes de que este proyecto de ley estuviera teniendo el mayor trayecto legislativo que haya tenido cualquier otra de las leyes en la materia -salvo la de 1938- en la historia legislativa de este país. En realidad, nos basamos en lo que todos sabemos pero que nadie logra ponerlo en negro sobre blanco, en una serie de elementos que -entendemos- aportan, de alguna forma, más datos y más claridad acerca de una realidad de la cual no se habló durante mucho tiempo y de la que, cuando se habla, no se lo hace con toda la información necesaria. Digo esto, porque parto de la base de que las leyes deben permitir ejercer derechos al conjunto y no obligar a nadie a recurrir al derecho que se le consagra.

Entonces, me parece muy importante que podamos tener una visión de esta naturaleza, que es un primer pantallazo, dado que el libro seguramente tendrá muchos más datos, tal como siempre se plantean los estudios científicos: "Material y métodos". Me refiero a los procedimientos y a los lugares donde se pueden lograr estas fuentes de información. Creo que existe un gran coraje por parte de los investigadores porque este es un tema complicado, que cuesta mucho, pero más cuestan las vidas que se están perdiendo

injustamente. En definitiva, considero que este aporte resulta muy importante y quiero reiterar mi agradecimiento por su concurrencia.

Una de los hechos que más me impactó -por decirlo de alguna manera, ya que la memoria es selectiva y define cuándo uno tiene presente determinadas cosas- es esta primera conclusión, en el sentido de que la práctica del aborto es un medio a través del cual la sociedad uruguaya regula la fecundidad. A mi criterio, demuestra una gran ignorancia por parte del conjunto de la sociedad, acerca de procedimientos que podrían ser seguidos a tiempo para evitar esto, que es una consecuencia. El hecho de que estemos elaborando este reglamento es un indicio de que estamos llegando tarde a resolver la problemática, que -creo- se origina en el desconocimiento, no sólo de los derechos de la legislación vigente, sino -fundamentalmente- de los procedimientos, que muchas veces se desconocen pero, en otras, no son accesibles. En esta Comisión hemos escuchado testimonios de situaciones realmente dramáticas, referidas a algunos de esos veintidós métodos para interrumpir el embarazo.

En lo personal, opino que llegar a esta conclusión en materia de regulación de la fecundidad del país, es realmente doloroso.

SEÑORA ROSTAGNOL.- Es cierto que llegar a esa conclusión es bastante terrible pero, en este sentido, debemos aclarar que ni las mujeres entrevistadas ni los médicos planteaban que era algo explícitamente dicho el que se usara como un método, sino que es algo que se concluye por la vía de los hechos. No hay una intencionalidad en cuanto a que sea el método seguido y en ningún caso aparece como tal, lo cual es aún peor porque inciviliza ya que ninguna mujer cree que lo usa como método pero, en definitiva, termina usándolo.

SEÑORA POU.- Volviendo sobre este concepto que está figurando aquí y que yo lo interpretaba como lo acaba de señalar nuestra invitada, debo decir que el mismo me lleva a reflexionar sobre lo lejos que estamos del aprovechamiento de medios de comunicación de todo tipo para poder educar a la población.

Siempre nos impresionan, sobre todo en el contexto sudamericano, las cifras que tenemos -y de las que nos podemos sentir orgullosos- sobre alfabetización, instrucción, grados y niveles de concurrencia de nuestros niños y jóvenes a los institutos de enseñanza. Quiere decir que tenemos lo que podríamos denominar la cadena ganglionaria de nuestro país, preparada como para que la gente esté informada, en este caso las mujeres, aunque también los hombres. Sin embargo, parece que estamos desaprovechando esto que tenemos y que es muy difícil de lograr en cualquier país. Es algo que no se logra con una o dos generaciones, sino que como muy bien se señalaba, es parte de la tradición cultural que poseemos.

Aquí hay un gran debe; no estamos frente a un tema menor cuando hablamos de estos aspectos, más allá de los de fondo en los cuales podemos tener alguna opinión. Creo que aquí estamos frente a un tema didáctico, pedagógico y de aprovechamiento de lo que, como sociedad, como comunidad, tenemos y que es algo invalorable porque no se logra, reitero, de una generación a otra, ni siquiera en países donde puede haber más progreso material. Es algo que va por otro lado.

En consecuencia, es importante que todo esto conste en la versión taquigráfica porque en esto, de alguna manera, todos somos responsables.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero felicitar al equipo que ha trabajado porque creo que el país se merecía que este tema fuese puesto con números y que se pudiera acercar una cifra determinada sobre algo que podemos valorar sus consecuencias que son impactantes y conmovedoras en muchos casos. Tenemos una tasa de lesiones y de mortalidad femeninas por la práctica del aborto, que es realmente escalofriante. Entonces, por ahí va la felicitación.

Si bien la estimación que ustedes hacen como equipo es menor que las cifras que se han manejado públicamente -bastante y significativamente menor-, de todas formas refleja que el 38% de los embarazos terminan en una interrupción del mismo por la práctica del aborto, del legrado o de los saberes populares, como ustedes los caracterizan.

De todas maneras, analizando el punto tercero referido a los procedimientos y las prácticas, me ha sorprendido la cifra que ustedes manejan de abortos medicalizados. Me llama más la atención porque no se ajusta mucho con la realidad de las lesiones. Hay una discordancia entre lo que aparentemente sería un aborto seguro y las consecuencias que llevan a una mortalidad tan alta producida por abortos.

En este sentido, quisiera preguntarles si ustedes tienen alguna explicación sobre esto o alguna hendija para seguir investigando

SEÑOR MIGLIONICO.- En cierta forma, voy a responder a su planteo. Si bien Sanseviero no se refirió a ello, en el documento se puede encontrar una serie de tablas que diferencian por grupo de edad el comportamiento del aborto. Este fue uno de los motivos que nos llevó a aceptar la cifra obtenida, porque por varios lados era consistente la información y no encontramos que los datos empezaran a saltar.

Como decía Sanseviero, las cifras de estimación de 100.000, 150.000 ó 200.000 no son defendibles biológicamente y significarían una tasa de reproducción según la que la mujer estaría todo el tiempo embarazada, teniendo hijos o abortando. No existe país en el mundo en el que eso pueda ocurrir, y esa cifra de 200.000 nos llevaría a una tasa de reproducción del orden de 9 ó 10 por mil, es decir, de 9 ó 10 por mujer a lo largo de su vida reproductiva. Creo que al respecto solamente hay algunas experiencias de ciertos emigrantes franceses que fueron a Canadá en el Siglo XVII.

Hago estos comentarios porque no están incluidos en este punto, pero existen otras referencias y comparaciones por grupos de edades, aparte de las que se hacen entre Montevideo y el interior.

Con respecto al otro tema, debemos decir que la práctica del aborto en el Uruguay se realiza desde hace largo tiempo. Se ha llegado a una real injusticia, pues una de las prácticas más seguras que se realizaba a nivel médico era la del aborto, pero por la negación, condena y demás se ha convertido en una práctica insegura y peligrosa por el hecho de tener que realizarse en condiciones de riesgo psicológico y físico. Como decía Barrán en su libro, la práctica del aborto es vieja y el Uruguay tiene casi un siglo de experiencia en eso, lo que le ha permitido que existan esas clínicas, más allá de la condena y la negación. Existe el aborto

y en muchos casos se practica bien. Y eso hace al punto que acaba de introducir el señor Presidente, o sea que la tasa de mortalidad materna en el Uruguay es baja comparativamente con la del resto de los países de América Latina.

Trabajo desde hace treinta años en estadísticas y epidemiología y podría decir que si separamos a las mujeres en dos grupos: el de las embarazadas y el de las no embarazadas, veríamos que es mucho más probable que se muera una no embarazada que una embarazada. La cifra subió en el año 2001 a 21.000, pero no se llega a los valores que pueden existir en Estados Unidos, Canadá y otros países, cuya mortalidad es más baja que la de Uruguay. En el año 2000, se pasó de 7 a 48 mujeres de 15 a 49 años que murieron por esta causa. Si comparamos esta situación con todos los otros riesgos que tienen las mujeres en general, vemos que la cifra es baja.

Lo que sucede es que se ha creado un mito con respecto a la mortalidad materna. No estoy hablando de que no se trate de un riesgo, pero en este caso particular no es el riesgo mayor, sino que lo son los otros. Este planteo no hace referencia al tema de fondo, pero quería expresarlo porque, en cierta forma, es un punto importante.

SEÑOR SANSEVIERO.- La conclusión de la Comisión nos dejó hendijas, como dijo el señor Presidente, para desarrollar muchas áreas a partir de lo que fueron nuestros hallazgos. En este aspecto el problema consiste en cómo el riesgo de muerte por aborto se sitúa dentro del conjunto de riesgos de mortalidad materna. Como dice Migliónico -él lo sabe, lo fundamenta, lo explica y lo cuenta-, por el nivel de atención médica y de alimentación que reciben las mujeres uruguayas en el período de gestación -esto no tiene que ver sólo con el servicio médico, sino con la cultura de la sociedad uruguaya-, la mujer que queda embarazada, si puede y si tiene medios económicos, está más descansada y mejor alimentada. Estas son hipótesis, pero también es lo que uno percibe.

Sin embargo, en ese universo de un país con un bajo nivel de mortalidad materna se dispara la mortalidad materna por la causal del aborto. Ese es el punto sobre el cual las corporaciones médicas han llamado a alerta y lo que lleva a reflexionar.

Con toda franqueza y sinceridad, debo decir que la práctica del aborto en la órbita medicalizada forma parte de la cultura nacional con la misma jerarquía que la institucionalización del parto o cualquier otra prestación vinculada a la salud reproductiva. Eso es lo que uno registra hasta en la forma en que se expresan aquellos médicos que no practican abortos y que son contrarios a su práctica, que dicen que a las mujeres que se atienden en las clínicas no les pasa nada. Eso es verdad, entre otras cosas, porque la mayoría de las clínicas de determinado nivel tienen un conjunto de médicos que no practican abortos, pero resuelven los problemas en los hospitales, en sanatorios privados y en clínicas muy bien puestas con el aporte del mejor arte y saber médico, así como los abortos se hacen con el mejor arte y saber médico.

A tal punto ello es así que la aspiración manual endouterina, recomendada por la OPS en el primer nivel de atención para todo el mundo como la mejor forma de hacer legrados, en el Uruguay no se usa en los hospitales públicos, pero sí se utiliza en la mayoría de las clínicas privadas. O sea que la práctica medicalizada del aborto, en este sentido, no solamente no representa un mayor riesgo, no llama la atención, sino que en el libro la describimos como un continuo entre la medicina legal y la ilegal. No hay fractura ni ruptura; existe continuidad, no solamente desde el punto de vista del saber médico, sino también cultural. Es un todo; es el Uruguay en que el desarrollo de la medicina tuvo los niveles estándares de los cuales se ha enorgullecido, también en esto. Creo que, de alguna manera, ese es el hallazgo principal de nuestra investigación.

La práctica del aborto no se gestiona como una fractura o una censura con respecto a lo que es la vida de la comunidad; se desarrolla inscripta en la vida de la comunidad, podría decir que para mal y para bien.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradezco los datos que nos han brindado, que son de utilidad para seguir trabajando en este tema que ha abordado la Comisión. Esperamos los nuevos aportes que se hagan de aquí al futuro.

(Se retira de Sala la delegación del Centro Internacional de Investigación de la Universidad para la Paz)

(Ocupa la Presidencia la señora Senadora Xavier)